

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 106

TICS RESPIRATOIRES

CONSÉCUTIFS A L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Mai 1924

PAR

Marie-Jean-Maurice LARGETEAU

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX.

Né à BRAUD-SAINT-LOUIS (Gironde), le 27 novembre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		PRINCETEAU, professeur....	{ Juges.
		CAVALIÉ, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924



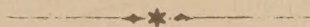
UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 106

TICS RESPIRATOIRES

CONSÉCUTIFS A L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Mai 1924

PAR

Marie-Jean-Maurice LARGETEAU

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX.

Né à BRAUD-SAINT-LOUIS (Gironde), le 27 novembre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	<i>Président.</i>
		PRINCETEAU, professeur....	{ <i>Juges.</i>
		CAVALIÉ, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Chimie analytique.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS NEVEU

A MES GRANDS-PARENTS LARGETEAU

A MON FRÈRE — A MA SOEUR

AUX MIENS. — A MES AMIS

A MES MAITRES DE STAGE OU D'EXTERNAT

MESSIEURS LES PROFESSEURS CHAVANNAZ, CASSAËT, VERGER,
BÉGOUIN, GUYOT, MOURE, LAGRANGE, DENUcé,
PETGES, CARLES, LANDE, CRUCHET,
DUBREUILH, RIVIÈRE

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS PERRENS ET CREYX

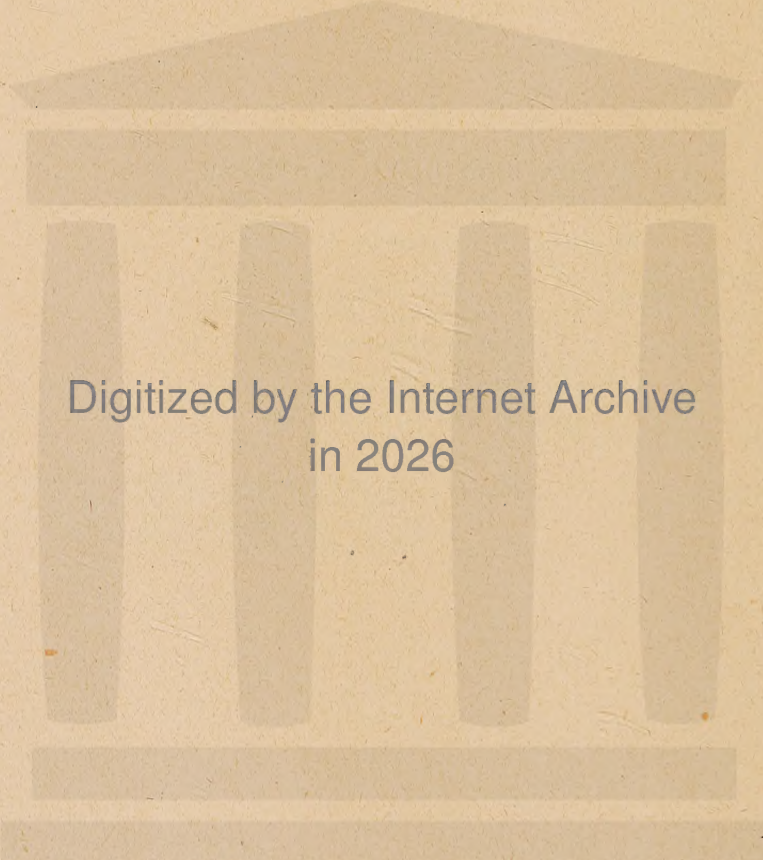
MESSIEURS LES DOCTEURS BOUSQUET ET VERDELET

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

En témoignage de double reconnaissance,
ce petit travail que nous aurions voulu plus
digne de son enseignement et de la bien-
veillance qu'il nous a toujours témoignée.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TICS RESPIRATOIRES

CONSECUTIFS A L'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE

CHAPITRE PREMIER

Les tics en général; tics respiratoires.

Le tic est un symptôme caractérisé par la répétition in tempestive, à intervalles irréguliers, de secousses brusques, rapides, involontaires, siégeant dans des muscles isolés ou dans des groupes musculaires, d'habitude associés pour l'accomplissement d'une grimace, d'un geste, ou d'un mouvement d'ensemble plus complexe. A cette définition donnée par le professeur Pitres, son élève Cruchet dans son livre sur « Le tic convulsif et son traitement gymnastique », ajoute comme caractère : la répétition fréquente, l'irrégularité dans l'intensité du mouvement, et l'obligation impérieuse pour le malade d'exécuter ce mouvement, sa répression étant cause de malaise. Il disparaît pendant le sommeil, et est suspendu un moment par la volonté ou la distraction.

Mais bien des mouvements avaient, avec le tic, de grandes ressemblances. Charcot, Guinon, Brissaud et son école, l'ont différencié du spasme. Celui-ci est le résultat d'une « irritation d'un des points d'un arc réflexe ». Il est provoqué tou-

jours par une lésion matérielle irritative; les centres corticaux n'y prennent pas part. Dans le tic, au contraire, on trouve au début un mouvement volontaire, raisonné, utile, qui, pour des causes que nous indiquerons tout à l'heure, s'est modifié et est devenu pathologique. Il garde cependant, malgré tout un but d'apparence, même inopportun, illogique, absurde, et une coordination, souvenir de ce qu'il était un mouvement figuré. Le spasme n'est qu'un réflexe; le tic est un trouble psychomoteur : le trouble psychique fait sa persistance, le trouble moteur fait sa convulsion, perversion de la contraction musculaire normale.

Le tic se différencie aussi des stéréotypies. Ce sont des gestes involontaires aussi, inconscients, inopportuns, mais identiques à ce qu'ils seraient s'ils étaient volontaires. Ils n'ont pas le caractère convulsif, bien au contraire, ils sont, la plupart du temps, lents; c'est, en somme, une habitude motrice de personne distraite.

Le tic fut de même séparé de formes qui nous intéressent plus particulièrement dans la question que nous voulons étudier, ce sont les myoclonies et les chorées.

Le mot de myoclonie servit d'abord, avec Ziehen, de désignation générale pour les phénomènes convulsifs les plus divers : spasmes, chorées, tics. Beaucoup d'auteurs italiens et Raymond, en France, adoptèrent ce classement, mais bientôt, à mesure que paraissaient les travaux de Brissaud, de Meige, Feindel, Grasset, Pitres, Cruchet, Oppenheim, Noguès, les tics furent isolés, et le terme de myoclonie fut exclusivement appliqué à un phénomène caractérisé par des contractions cloniques des muscles striés, se répétant à intervalles plus ou moins longs, et s'accompagnant ou non de déplacements effectifs des parties sur lesquels ces muscles s'insèrent. Ces contractions sont en général symétriques, très brusques comme une décharge électrique. Le plus souvent ils sont plus nombreux et plus violents sur une moitié du corps, ceci dû à une véritable asymétrie fonctionnelle. Ils s'accompagnent toujours de déplacements. Le paramyoclonus multiplex de Friedreich peut

bien s'accompagner de ces déplacements, mais ils sont minimes et ne réalisent ni un geste, ni une gesticulation. Il siège au niveau des membres et respecte ordinairement la face, apparaît enfin souvent à la suite d'émotions morales. La chorée électrique de Henoch-Bergeron est plus difficile à distinguer; elle rappelle plutôt les spasmes hystériques et s'accompagne souvent d'un état gastrique. Les tremblements fibrillaires ne sont pas à envisager.

Puis viennent les différentes formes de chorées :

La chorée variable des dégénérés de Brissaud, à manifestations essentiellement mobiles, offre à cet égard avec le tic variable de grandes ressemblances. Elle appartient à des prédisposés. Le diagnostic différentiel en est souvent impossible. On doit cependant réserver le nom de tic au cas où les mouvements sont convulsifs, secs, brusques, nettement séparés par des intervalles de repos.

La chorée de Sydenham, avec ses mouvements incoordonnés, irrégulièrement serpigineux, inexplicables, indéfinissables, amorphes, et la chorée de Huntington, à marche progressive, souvent héréditaire, sont trop différentes de ce qui nous occupe.

Les tics hystériques sont plus intéressants, surtout sous deux des trois formes décrites par Pitres : les spasmes rythmiques systématisés, et les spasmes rythmiques respiratoires; le diagnostic peut être très difficile par le fait que les états mentaux des malades des deux catégories sont très proches. D'un autre côté, Raymond a rattaché les chorées électriques et le paramyoclonus à ces chorées hystériques. Cette ressemblance avec la grande névrose a pu faire considérer comme hystériques les tics consécutifs à l'encéphalite; nous y reviendrons à propos de l'étiologie de ces tics.

Au début du tic, avons-nous dit, en général il y a un acte réfléchi, justifié; celui-ci peut être dû à un réflexe de défense contre une irritation, ou contre une simple sensation subjective. Il devient bientôt automatique par sa répétition fréquente, mais rapidement il se reproduit sans but, « l'habitude par sa

persistance prend un caractère pathologique » (Dupré) et s'exagérant en fréquence et en amplitude, arrive à n'être plus qu'une caricature de l'acte initial (Charcot).

Il y a, à la base de cette répétition du geste, un « déséquilibre sensitif » : le malade réagit beaucoup plus à une minime douleur à une simple gêne qu'à une grande souffrance. Il veut faire disparaître une sensation anormale; quand elle n'y est plus, il la crée; c'est une obsession, d'où son caractère impérieux, d'autant plus fort qu'il y a résistance, véritable angoisse suivie d'un plaisir déraisonnable après satisfaction.

Les tics apparaissent surtout chez les jeunes, au début de la deuxième enfance, ou à la puberté de préférence. L'hérédité névropathique ou psychopathique est une cause prédisposante de premier ordre : c'est une famille de tiqueurs ou de tarés, hystériques, épileptiques, obsédés, impulsifs, neurasthéniques, souvent aussi porteurs d'affections organiques du système nerveux.

Autres causes prédisposantes : les actes d'imitation avec ou sans volonté d'imiter, le travail cérébral qui absorbe l'activité corticale à son profit, l'oisiveté qui fait se perfectionner les tics, la mauvaise éducation permettant l'éclosion chez les enfants d'habitudes fâcheuses et de laisser aller de la volonté.

Les tics peuvent être relativement lents ou au contraire, très violents et rapides. Ils se produisent par des sortes d'accès retardables par la volonté, l'attention, la distraction, mais ils reparaissent ensuite plus violents; ces mêmes forces peuvent les atténuer et les suspendre. Pour lutter contre ces tics, les malades ont recours à toutes sortes de stratagèmes qui peuvent devenir eux-mêmes sources de tics.

Ils ne sont pas accompagnés de trouble de la sensibilité objective ni subjective : les tics douloureux de la face étant en réalité une névralgie du trijumeau, s'accompagnant de spasme facial.

Les réflexes sont normaux, parfois exagérés comme chez tous les névropathes, mais égaux.

Les tiqueurs présentent souvent des troubles du sens des

attitudes segmentaires; ils exécutent des actes maladroits, précipités, inhabiles, par le manque de surveillance de leur fonction motrice.

Les tics disparaissent pendant le sommeil, sauf, d'après Cruchet, certains tics de balancement.

Ils s'accompagnent souvent de déséquilibre sécrétoire (crise sudorale) et viscéral (troubles digestifs).

Nous avons dit que la cause nécessaire de cette habitude pathologique était un trouble psychique; Charcot disait déjà que le tic est un produit direct de la vésanie. Chez les tiqueurs on trouve, en effet, une désharmonie entre les diverses facultés mentales, le jugement et le sens moral sont atrophiés et pervertis alors que l'intelligence peut être conservée intacte, brillante même quelquefois. Mais le trouble le plus caractéristique est une imperfection de la volonté chez le malade. C'est un être léger, instable, versatile, qui ne sait pas vouloir : il veut trop ou trop peu, trop vite ou pour trop peu de temps. De plus, il possède une faible capacité d'attention, le tout réalisant, suivant le mot heureux de Meige et Feindel, un état d'infantilisme mental avec ses colères, ses impatiences et son émotivité.

Ce psychisme particulier du tiqueur favorise chez lui l'apparition d'idées fixes, d'impulsions, d'obsessions; de nombreux tics, d'ailleurs, ont, avec ces deux dernières, la communauté de l'irrésistibilité, le besoin prémonitoire et la satisfaction consécutive et cela leur a valu le nom de tics obsédants. Enfin, des idées mélancoliques et hypochondriaques naissent par la tendance qu'ont ces malades à constamment s'analyser.

Les tics présentent des formes et des localisations multiples : ce sont les tics de la face se rapportant aux différentes fonctions de celle-ci, et en particulier à la mimique : tics des yeux, des lèvres, du nez (froncement, battement des ailes), du menton, du peaucier du cou, des frontaux, de la langue, des membres, du tronc, de la déglutition; enfin, les tics respiratoires qui nous intéressent plus spécialement.

Meige les décrit ainsi :

« Ils sont caractérisés par des mouvements brusques et intempestifs, d'inspiration ou d'expiration, ou encore par des arrêts inopinés, qui viennent troubler le rythme normal de la respiration. Certains actes expirateurs brusques sont consécutifs aux tics des membres supérieurs ou du tronc.

» Tous les muscles qui coopèrent à la respiration peuvent entrer en jeu et tout particulièrement le diaphragme et les muscles abdominaux; presque toujours il s'y joint des mouvements synergiques des muscles du nez, des lèvres et de la langue, du voile du palais, du pharynx, du larynx, qui se traduisent par le reniflement, le ronflement (rhinospasme d'Oppenheim), le soufflement.

» Quelques fois, ils alternent avec des crises de bâillement ou d'éternuement.

» La plupart reconnaissent comme point de départ un coryza ayant justifié, au début, des mouvements brusques d'aspiration ou d'expiration, afin de dégager les fosses nasales des mucosités qui les encombrent.

» Le sifflement, lorsqu'il se produit d'une façon brusque et brève, est bien un tic; s'il est modulé, ce n'est qu'une habitude stéréotypée.

» Il y a des tics de toux, dont le point de départ est une légère inflammation laryngée, pharyngée ou trachéale; la toux convulsive persistant après la cause provocatrice. Beaucoup de petites toux brèves, explosives; « hem ! hem ! » sont aussi de véritables tics. Les bruits produits sont extrêmement variables, ils peuvent simuler le sanglot ou le hoquet. Les tics de sputation sont aussi très fréquents; ils atteignent une intensité exceptionnelle chez certains obsédés.

On peut rattacher aux tics respiratoires les tics phonatoires qui n'ont, en plus, que le bruit laryngé. Ce sont en général des cris inarticulés, proférés brusquement pendant le silence ou venant interrompre le discours, provoquant parfois de sérieux troubles du langage; on mettra à part les troubles qui ne se produisent qu'à l'occasion de la parole comme le bégaiement.

ment, le zézaiement, qui ont cependant la plus étroite parenté avec les tics. Enfin, les tics verbaux, beaucoup plus complexes, pouvant aller jusqu'à la coprolalie ou l'écholalie, et qui ne se manifestent guère que dans la maladie des tics de Gilles de la Tourette.

Les tics ont un début en général insidieux, puis une tendance à envahir et à se compliquer. Ils se modifient continuellement et cela sous la dépendance de phénomènes physiques ou moraux. Ils peuvent rarement évoluer vers cette forme grave qu'est la maladie des tics et qui se termine généralement par la démence.

Les tics, bénins *quoad vitam*, sont souvent très rebelles à tout moyen de thérapeutique. S'ils guérissent, ils sont sujet à récidive à la première occasion. Ils sont plus graves chez les vieillards car ils coïncident alors avec une déchéance de l'activité corticale. D'une façon générale, le pronostic est lié à l'évolution de l'état mental; c'est ainsi que dans les vésanies ils peuvent être considérés comme avant-coureur de la démence (Dufour).

Au point de vue traitement, on a recours à la méthode de Brissaud, psychologique, s'adressant à la volonté : exercices gradués de mouvements commandés et d'immobilité, ou surtout à la méthode de Pitres, plus pratique, consistant en séances de gymnastique respiratoire : mouvements et récitation à haute voix.

Or, il a été remarqué que des tics et particulièrement des tics respiratoires, très semblables aux tics d'origine névropathique apparaissaient consécutivement à l'encéphalite épidémique. Nous avons pensé, avec notre maître, M. le professeur Abadie, qu'il serait intéressant de connaître ces tics et d'en rechercher les caractères et la nature, pour les différencier des tics déjà décrits.

CHAPITRE - II

Historique.

L'observation de tics respiratoires dans les suites de l'Encéphalite épidémique ne semble guère avoir été consignée dans la littérature médicale avant l'année 1920. Au mois de juin de cette année-là, le professeur Pierre Marie et M^{lle} Lévy, étudiant ce qu'ils nomment « le syndrome excito-moteur de l'Encéphalite épidémique », donnent connaissance d'une observation, rapportée plus loin, de malade présentant des mouvements choréiques et une sorte de hémage; ils notent de même, le bâillement anormal comme très fréquent au cours de l'évolution du syndrome parkinsonien.

Dans son livre sur l'Encéphalite épidémique, paru en 1921, le professeur Achard signale le cas d'une jeune fille qui avait, avec de la dyspnée, de temps en temps, une grande inspiration en ouvrant la bouche, soulevant les épaules et le bassin, puis la respiration devenait normale. Il a ajouté : « Il semble qu'il s'agisse là d'une myoclonie de l'inspiration. » Ce trouble ne dura que quelques jours.

Au mois de mars 1921, le professeur Cruchet, de Bordeaux, dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, indique le retentissement mental d'états encéphalitiques sur trois enfants de 10 à 12 ans, dont un serait devenu un tiqueur; chez les deux autres, il restait seulement de l'instabilité, une augmentation de l'impulsivité, une diminution de la mémoire et de l'attention.

En juin, le docteur Bériel, de Lyon, dans la *Revue Neurologique*, mentionne certains troubles respiratoires que l'on

peut voir associer à des séquelles d'encéphalite épidémique, à savoir, des accès de tachypnée surtout vespéraux et des tics respiratoires. Ces faits sont surtout développés dans la thèse de son élève Hardouin; celui-ci note que ces tics ne correspondent nullement à une fonction, et qu'ils peuvent quelques fois se trouver associés au tic cervico-facial. Il pense que les tics respiratoires sont peut-être analogues à la myoclonie diaphragmatique.

En juillet, le docteur Roger, de Marseille, donne connaissance à la Société de Neurologie, d'une observation que nous avons cru devoir rapporter dans le chapitre suivant, et indique particulièrement que l'apparition des tics de sa malade n'a aucune source dans un état névropathique antérieur.

Dans l'année 1922, Goldflam, dans le *Deutsche Zeitschrift für Rheumatismus*, mentionne les divers troubles consécutifs à l'Encéphalite épidémique : polypnée, Cheyne-Stokes, tics respiratoires; mais la question est surtout étudiée par Pierre Marie et M^{lle} Lévy, dans leurs communications à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (juillet 1922) et à la Société de Neurologie (octobre 1922) et dans la thèse de M^{lle} Lévy (Paris, 1922), mettant au point la forme respiratoire, suite de l'Encéphalite épidémique; ce travail est complété par les nouveaux et utiles renseignements apportés par Belot dans sa thèse (Bordeaux, 1924).

Nous avons rassemblé et rapporté dans le chapitre suivant les diverses observations publiées afin d'en faire une analyse clinique et d'en tirer une conclusion pratique.

CHAPITRE III

Observations.

OBSERVATION I

BÉRIEL, *in* thèse HARDOIN. Lyon, 1921.

Micropnée et tic respiratoire.

M^{me} J..., 32 ans. En avril 1920, épisode fébrile avec céphalée, insomnie, délire, gâtisme, confusion mentale, puis somnolence.

A commencé à se lever en mai avec déjà de la raideur. Celle-ci s'est aggravée depuis, peu à peu, jusqu'au moment du premier examen (décembre 1920).

A ce moment, malade figée (face et membres), mais sans fixité du regard; en outre, les deux membres du côté gauche présentent une rigidité objective très marquée, le supérieur surtout en demi-flexion avec phénomène de la roue dentée; pas de diminution de la force musculaire; pas de symptômes pyramidaux; exaltation généralisée des réflexes.

La malade présente un tic continu, parfaitement rythmé, du facial droit, plus marqué au facial inférieur, avec contraction simultanée du peaucier droit.

La malade présente, en outre, des troubles respiratoires qui sont survenus douze jours après le début de la maladie, c'est-à-dire en pleine période fébrile, en pleine confusion mentale, et qui persistent encore actuellement.

Ils consistent en une respiration très superficielle et très accélérée variant de 60 à 90 par minute; en outre, il se greffe sur ce rythme, uniformément accéléré, de grandes inspirations brusques, sifflantes, qui se déclenchent en même temps que le tic cervico-facial.

La malade a été revue le 16 juin 1921. Elle présente encore un état figé général et sa raideur hémiparkinsonienne gauche, de temps à autre, le tic cervico-facial droit très atténué, sans trace de tic respiratoire, mais la tachypnée avec respiration superficielle persiste par accès d'une à deux heures, survenant sous l'influence de la fatigue, des efforts, des émotions.

OBSERVATION II

BÉRIEL, *in* thèse HARDOIN.

Tic respiratoire.

M. D... L'épisode aigu débute le 5 février 1920, par des douleurs dues à des contractions myocloniques de la paroi abdominale gauche. Le 8 février, le malade crie d'une façon brève et spasmodique; ces cris sont dus aux contractions cloniques des muscles oblique et transverse gauches, provoquant une expiration brusque. Rythme variable, tantôt lent, tantôt rapide. On note aussi des mouvements systématisés que le malade qualifie lui-même de tics. Agitation et délire professionnel. Examen viscéral entièrement négatif; pas de symptômes méningés; température, 39°.

9 février : malade plus calme; myoclonie moins violente et ne s'accompagne plus de cris, mais de faibles gémissements. Par contre, elle a gagné la paroi abdominale droite. Mais les contractions entre les deux hémiparois ne sont jamais simultanées; elles alternent en se renvoyant l'une à l'autre la masse intestinale. Les tics ont disparu. Un peu de ptosis bilatéral, surtout marqué à gauche et une ébauche de nystagmus. Diagnostic : Encéphalite aiguë.

10 février : Ptosis plus accentué avec plissement compensateur du front. Ébauche de faciès d'Hutchinson. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. 23 au 25 février : Réapparition des réflexes; il n'y a plus de ptosis, mais un peu d'instabilité du regard en dehors. Délire toujours actif. 4 mars : Disparition du délire; faciès plus mobile, mais encore un peu d'instabilité des globes oculaires dans le regard en haut. La myoclonie abdominale qui a toujours persisté, est de nouveau un peu plus intense et douloureuse. 12 mars : La myoclo-

nie abdominale est toujours assez violente. 31 mars : Amélioration lente. La myoclonie est encore assez intense, mais rétrocède petit à petit.

L'épisode aigu, résumé dans les lignes qui précèdent, a bien guéri, mais le malade a conservé quelques troubles pour lesquels il est revu en octobre 1920.

Pendant le mois d'avril, le malade a été assez bien, cependant il conservait des myoclonies et un aspect un peu figé.

Actuellement (18 octobre 1920) : Aspect immobile; il passait chez lui des heures, assis dans un fauteuil, sans jeu de physionomie. Il persiste des secousses myocloniques abdominales gauches qui apparaissent exclusivement le soir, au moment où le malade va se coucher. Salivation continuelle, disparaissant pendant la nuit. Il a, en outre, de temps à autre, de profondes inspirations, comme un tic.

Ces brusques inspirations surviennent parfois dans la journée, mais d'une manière plus constante au moment où le malade se met au lit. A ce moment se produisent également des myoclonies abdominales. Ces inspirations brusques sont absolument instinctives et le malade ne peut les arrêter. Ce dernier est d'ailleurs un homme très posé, ne présentant aucun trouble d'ordre névropathique.

Ces inspirations sont brusques, impérieuses, très profondes et s'accompagnent souvent de sifflement glottique. Elles sont généralement isolées, plus rarement, il y en a deux ou trois à un certain intervalle.

Enfin elles sont très souvent associées aux myoclonies abdominales.

OBSERVATION III

BÉRIEL, *in* thèse HARDOIN.

Tic respiratoire.

Renée G., 23 ans. Période aiguë en mars 1920. Actuellement (20 juin 1921) il existe un certain degré de torpeur physique; la malade dit que « tout lui pèse »; pas de rigidité objective, masque facial normal, sauf au niveau du facial inférieur qui est figé. Ce phénomène est très apparent au niveau des lèvres.

Le trouble respiratoire a existé depuis le début; la malade dit que très souvent elle était obligée de faire une inspiration profonde pour faire sortir « de l'air qu'elle a dans la poitrine et qui la gêne ». Après, impression de soulagement très court, elle est de nouveau obligée de faire une inspiration forcée et ample.

Au début, ce phénomène avait lieu continuellement, mais quand l'insomnie a disparu, il n'a plus existé que pendant le jour. Avant de s'endormir, elle présente ces inspirations brusques d'une façon plus accusée. Elles disparaissent pendant le sommeil et reviennent aussitôt que la malade s'éveille. Si elle se réveille dans la nuit, elle présente des inspirations semblables jusqu'au moment où elle se rendort.

Si on examine longtemps la malade, on note que la respiration est essentiellement costale supérieure. Comme elle est entrecoupée par instants d'inspirations profondes, les périodes intercalaires paraissent au premier abord des périodes d'apnée et l'ensemble réalise grossièrement une apparence de Cheynes-Stokes. Il n'y a d'ailleurs aucune des manifestations concomitantes du Cheyne-Stokes vrai (pouls, pupilles). Lorsque la malade est distraite, ce trouble s'atténue.

L'examen radioscopique, dû à l'obligeance de M. le docteur Coste, a été pratiqué et a montré ce qui suit :

Thorax osseux et poumons absolument normaux. Culs-de-sac costo-diaphragmatiques latéraux et postérieurs très profonds. La coupole diaphragmatique est légèrement festonnée à droite, mais comme c'est un fait fréquent à l'état normal, il ne possède pas de signification clinique.

L'abaissement inspiratoire du diaphragme se fait à peu près normalement pendant 7 à 8 inspirations (au moment de l'examen). Il y a parfois des arrêts en apnée, sans que l'on puisse dire que ces arrêts sont rythmés.

On a observé deux à trois fois un arrêt marqué précédant immédiatement l'inspiration profonde que présente la malade.

Ces grandes inspirations sont caractérisées par un abaissement considérable des deux diaphragmes, qui sont absolument synchrones.

Immédiatement après cette inspiration profonde, la malade reste

quelques secondes en apnée respiratoire avant de prendre ses inspirations normales et le cycle recommence sans qu'il y ait fixité dans les différentes périodes.

OBSERVATION IV

P. MARIE et M^{lle} LÉVY, Société neurologique, juin 1920.

Syndrome excito-moteur, consécutif à l'encéphalite épidémique. Mouvements choréiques, hémage.

M^{me} P... Isabelle, âgée de 40 ans, couturière, vient nous trouver le 18 juin 1919, pour des mouvements involontaires survenus en juin 1918, un an auparavant.

Vers le 25 février 1918, elle aurait eu un « chaud et froid » manifesté par de la fièvre (38°), forte céphalée, douleurs abdominales; elle garda 8 jours le lit, sans somnolence ni troubles oculaires, puis sa santé redevint normale.

Le 1^{er} juin 1918, elle ressentit une douleur légère au niveau de la face dorsale du pied gauche, avec tuméfaction. En même temps, apparurent des mouvements volontaires dans ce pied. 15 jours après, ils étaient sensiblement plus intenses et gagnaient la jambe gauche; deux mois après, le bras, enfin en février 1919, le cou et la face. Absolument rien à droite.

Mariée, pas de fausses couches, un enfant mort à 4 ans de méningite tuberculeuse. Pas de maladie antérieure; n'a présenté à aucun moment de sa vie des mouvements anormaux, ni personne dans son entourage et dans sa famille. Pas d'antécédents nerveux familiaux.

Elle a présenté donc des mouvements choréiques rythmés à localisation dimidiée, sauf pour la face, qui ont duré 18 mois, laissant une impotence relative du côté atteint.

A signaler ce fait : mouvement d'ouverture brusque de la bouche; aspiration violente, produisant une sorte de hémage, suivi immédiatement d'occlusion de la bouche. Simultanément, les yeux se ferment violemment et les zygomatiques se contractent : cela en même temps que se produisent les autres mouvements.

Au mois de novembre 1919, les mouvements ont disparu; il ne reste

que de la faiblesse, de la raideur et de la douleur qui constituent une impotence relative des membres du côté atteint.

OBSERVATION V

M. H. ROGER (de Marseille), Société de neurologie, 7 juillet 1921 (résumée).

Syndrome excito-moteur (chorée, tics, spasmes, stéréotypies et dysarthrie), séquelles vraisemblables d'encéphalite épidémique à forme singultueuse et algomyoclonique, survenue en 1914.

A. L..., âgé de 29 ans, réformé de guerre, est envoyé au centre neurologique de la 15^e région. pour expertise, par le centre spécial de Nîmes, le 23 juin 1921.

On est frappé, en le voyant, par son instabilité motrice et ses mouvements anormaux; debout ou assis, il ne cesse de déplacer ses membres supérieurs et inférieurs, cependant que ses yeux sont le siège d'un clignotement perpétuel et que ses narines exécutent de fréquents reniflements, accompagnés du bruit spécial à cet acte.

Analyse des troubles moteurs :

1° Mouvements des bras, des jambes et du tronc, se rapprochant des chorées lentes (chorée variable des dégénérés);

2° Les mêmes membres, de loin en loin, sont secoués par des mouvements plus brusques, soit un peu plus amples et arrondis (type choréique), soit brefs et énergiques (type myoclonique).

3° Stéréotypie du membre supérieur droit, mais le geste n'a pas le caractère brusque et impulsif du tic; il s'arrête quand on maintient au corps le membre supérieur;

4° Clignotement rapide et incessant des paupières;

5° Reniflement, se répétant à des intervalles irréguliers, souvent toutes les minutes, et s'accompagnant d'un soulèvement de la partie gauche de la lèvre supérieure;

6° Grattage de la face externe des deux jambes.

Donc : mouvements myocloniques ou choréiques; mouvements stéréotypés, lents et non impulsifs; mouvements, véritables tics, brusques et irrésistibles.

A l'examen du système nerveux : réflexes un peu vifs mais égaux, légère adiadicocinésie.

Pareil malade aurait été, avec les connaissances anciennes, étiqueté : tiqueur, et comme tel, considéré comme un mental, d'autant plus que son psychisme n'est pas normal, son émotivité exagérée.

Ses troubles sont variables en intensité aux divers examens, s'atténuent à certaines périodes, ne surviennent alors qu'à certains moments de la journée, s'accroissent en présence du public ou lors de l'examen, et ceci, perçu par le malade, provoque chez lui une tendance à l'isolement et même à l'hypochondrie. Il présente, d'autre part, une difficulté nette à fixer son attention sur une occupation.

On trouve bien chez cet homme un certain degré de déficit intellectuel, mais pas de dégénérescence mentale, comme en ont souvent les tiqueurs aussi accusés. Pas de terrain névropathique antérieur ni d'hérédité nerveuse non plus; cet homme était avant la guerre capitaine d'une équipe de football, ce qui demande un ensemble de qualités psychiques et un certain équilibre mental.

Il présente en plus des troubles sensitifs, ce qui ne se rencontre guère dans les tics, consistant en hypoesthésie de la moitié de la face et du membre supérieur droit; rien à la jambe, et cela pourrait permettre d'éliminer l'idée de troubles hystériques; enfin, sensations paresthésiques dans l'hémi-face droite et œil droit (origine de stéréotypie).

Troubles oculaires : diplopie quand le malade regarde en haut.

Ce malade a eu, au début de 1914, une période de hoquet invincible, prolongé, avec secousses des membres, douleurs, dysarthrie spéciale, insomnie. Il semble que l'on peut porter avec certitude le diagnostic d'encéphalite épidémique.

OBSERVATION VI

Thèse G. LÉVY (Obs. I, résumée).

Excitation psycho-motrice; instabilité choréiforme. Tic de hennage.

Edmond M..., menuisier, âgé de 16 ans. Début le 2 décembre 1919, par diplopie et somnolence. Son état se prolonge ainsi jusqu'au 10 janvier 1920; à cette date naissent quelques douleurs dans le membre inférieur droit. A partir du 1^{er} février, il quitte l'hôpital, se por-

tant bien, sauf une insomnie qui persiste, datant de peu. Le 15 février apparaissent des mouvements involontaires de grande amplitude dans les membres et la nuque, puis disparaissent. En mai, il vient à la Salpêtrière, se plaignant d'insomnie et d'énervement : grande agitation nocturne involontaire; il se plaint même d'avoir des tics : il fait, par exemple, pendant longtemps, le geste de la chiquenaude. Il n'a jamais eu antérieurement de maladie, ni de mouvements anormaux.

Le malade est d'une apparence robuste qui contraste avec son instabilité et ses inquiétudes psychiques. Pas de mouvements anormaux notables, mais une instabilité motrice frappante. Les mains présentent par moment des petites secousses brèves, rapides. Parfois il présente une sorte de tic de hémage et se râcle la gorge de façon répétée. Il dit : « ça me gêne et je fais des râlements ». Il est très agité psychiquement, se plaint constamment, et se dispute avec les infirmières.

Examen somatique : bon, sauf quelques erreurs des deux côtés, au niveau des orteils quand on cherche le sens des attitudes et de la maladresse à droite pour faire les marionnettes avec la main.

En juin, même état : indiscipliné, inquiet, avec des tendances nosophobiques.

Sort le 13 janvier 1921, sans amélioration notable. Au bout d'un an, il avait donc conservé son insomnie, son instabilité, ses tics de hémage et de râlement, avec des troubles du caractère.

OBSERVATION VII

Thèse G. LÉVY (Obs. VII, résumée).

Petites myclonies des membres avec spasme de l'hémiface droit. Baillements.

Gabrielle T..., 32 ans. Mouvements involontaires myocloniques apparus quatre mois après une atteinte d'encéphalite survenue au cours d'une grossesse. L'épisode primitif qui n'a entravé en rien l'accouchement, ni la santé de l'enfant, s'est manifesté par : sommeil,

diplopie et vue trouble. Mouvements précédés de douleurs, sont rythmiques et disparaissent pendant le sommeil.

La malade accuse des crises de bâillements qui durent une demi-heure environ, et se produisent surtout le soir; semblent avoir disparu deux ans après alors que les myoclonies persistent.

La malade accusait aussi une sensation fréquente de corps étranger dans la gorge qui provoquait une tendance au hémage.

OBSERVATION VIII

Thèse LÉVY (Obs. LX, résumée).

Forme insomniaque et hypomaniaque; polypnée; tic de reniflement, sputation; crises d'agitation avec lucidité dans l'intervalle des crises. Coprophagie et coprolalie transitoires.

Argentine L..., âgée de 6 ans 4/2. Encéphalite en mars 1920, à forme délirante et myoclonique. Somnolence pendant cinquante-deux jours qui a fait place à l'insomnie et à l'agitation actuelle : janvier 1921.

Crises d'agitation frénétique chaque soir; commencent vers minuit, deux heures et durent jusqu'au lendemain matin. L'enfant crache partout, crie, renifle, déchire tout, court sans arrêt ou exécute des mouvements extravagants sur son lit.

Redevient normale dans la journée, mais renifle toujours et présente de la polypnée.

Rien de particulier au point de vue neurologique.

L'état de l'enfant nécessite son internement.

OBSERVATION IX

Thèse LÉVY (Obs. LXI, résumée).

Troubles respiratoires, instabilité motrice, troubles du caractère... à la suite d'une encéphalite épidémique.

Marguerite S..., 11 ans, présente depuis février 1921, des grîmaces et des troubles respiratoires; épisode primitif, un an aupa-

ravant, en février 1920 : délire, somnolence, puis insomnie avec tics de la face et polypnée; la mère dit elle-même : « Elle était comme un chien essoufflé. » Crises de tremblement généralisé, de bâillements, de hoquets, qui durent jusqu'en décembre 1921. Un an après on remarque la raideur du côté droit. Hypertonie, aspect de petite hémiplégie, sans hémiplégie. Extension de l'orteil droit, exaltation des réflexes tendineux droits.

OBSERVATION X

Thèse LÉVY (Obs. LXII, résumée).

Formé respiratoire, insomnique et hypomaniaque; polypnée et soufflement buccal. Reniflement.

Robert P..., âgé de 10 ans. Encéphalite non diagnostiquée en février 1920 : céphalée, délire, insomnie, hoquet.

Depuis lors, excitation psychomotrice avec inversion du rythme du sommeil. En septembre 1920, amélioration : l'enfant dort bien et joue avec les autres enfants, mais garde l'habitude de souffler continuellement sur les objets. Le 1^{er} février 1921, l'enfant est de nouveau mis à l'hôpital tant il est agité; il frappe et casse les objets, souffle presque constamment sur ceux-ci et, par moments, crache par terre ou sur les gens qui l'entourent. Quand on le gronde il ne répond pas et se met à souffler.

L'agitation et les troubles persistent : intelligence conservée, mais perte de l'attention et tendance à la brutalité.

Est interné en juin 1921. En juin 1922, l'enfant est revu : son intelligence retardée est celle d'un enfant de 6 ans; il présente de gros troubles de l'attention. Il n'arrête pas de souffler dans le vide, sur les objets ou dans le creux de ses mains réunies en cornet. Il renifle, fait circuler constamment sa langue dans sa bouche et se donne des coups rapides et répétés, par crises.

OBSERVATION XI

Thèse Lévy (Obs. LXIII, résumée).

Forme insomnique, respiratoire et hypomaniaque. Soufflement et râclement.

Pierre B..., âgé de 9 ans.

Encéphalite en mars 1920, à forme excito-motrice, puis somnolence.

Reprise de l'excitation et de l'insomnie deux mois après.

Le petit malade est irascible et présente, par moment, des crises de tachypnée avec sensation de gêne respiratoire. Il dit quelquefois qu'il sent quelque chose dans la gorge, et se met à râcler.

Antécédents : N'a jamais eu d'épisode méningé, ni de convulsions. Enfant toujours nerveux.

En septembre, grande instabilité sans mouvements volontaires; agitation nocturne. Cet état se maintient et s'aggrave. Nous n'avons pas pu suivre l'enfant mais nous savons par sa mère que, le 30 mai 1922, le soufflage qu'il avait n'a pas passé; au contraire, il augmente toujours. Nous savons, par un certificat d'internement à cette date, qu'il présente à ce moment des troubles nerveux variés : attitude de Parkinson, polypnée, marche à reculons et surtout des troubles mentaux qui vont en s'accroissant.

OBSERVATION XII

Forme respiratoire. Polypnée intermittente, agitation. Sputum, Soufflement.

Lucienne U..., âgée de 13 ans. Encéphalite non diagnostiquée en janvier 1920. Début : délire et chorée, puis secousses myocloniques. Somnolence jusqu'en juin. A la fin d'avril, elle a commencé à « grailonner », comme si elle avait eu quelque chose dans la gorge, puis elle s'est mise à tousser sans arrêt, « comme si elle avait eu la coqueluche ». Cette toux durait toute la journée, jusqu'à ce que

l'enfant s'endorme, et n'a cessé qu'au bout d'un an environ, en mai 1922.

En juin 1920; comme l'enfant, qui continuait à tousser, salivait beaucoup et crachait, elle a été radioscopée à l'hôpital Saint-Louis et on a conclu à « des troubles névropathiques purs, sans lésion organique ». En outre, l'enfant qui, auparavant, était très intelligente, est devenue « engourdie » pendant les mois suivants; elle ne jouait plus, ne travaillait plus, s'ennuyait, avait perdu « le goût de tout ». De février 1921 à mai 1921, on a essayé de la remettre à l'école, mais elle ne pouvait pas suivre. En outre, elle toussait continuellement, soufflait de même dans son mouchoir, comme pour se moucher. En juin 1921, l'enfant commence à cracher, chaque soir, sur les gens et les objets qui l'entourent. En août 1921, commence à dire des grossièretés et ne peut plus rester en place. Elle respire anormalement. Depuis lors, les troubles n'ont fait qu'augmenter.

Actuellement : crises de polypnée; par moment, apnée de quelques secondes; tendances aux soupirs, irrégularités respiratoires, angoisse, sensation d'étouffement. Pouls très petit, irrégulier; hypotension. Agitation, sputation, tendance aux injures grossières.

Au point de vue neurologique : tendance à somnoler, asymétrie de la face, légère raideur, fatigabilité musculaire extrême; tendance au rire et pleurer spasmodiques. Intelligence très vive.

A certain moment, l'enfant est prise de tremblement généralisé, de sputation fréquente et de bâillements.

OBSERVATION XIII

Thèse LÉVY (Obs. LXVI, résumée).

Forme respiratoire; tic de soufflement; troubles mentaux.

Robert C..., âgé de 13 ans 1/2. Encéphalite épidémique non diagnostiquée, à début excito-moteur; inversion du rythme du sommeil presque immédiate. Début le 5 mars 1920.

En janvier 1921, on a remarqué que par moment l'enfant se mettait à souffler violemment par le nez. Depuis février, ce soufflement

présente un caractère de véritables crises : l'enfant souffle sans cesser parfois jusqu'à ce qu'il tombe. Ces crises surviennent plusieurs fois dans la journée, parfois la nuit. Les parents disent qu'elles ne se produisent pas, et même qu'elles s'interrompent lorsque l'enfant est distrait. Le père décrit lui-même la crise dans les termes suivants : C'est un tic ininterrompu qui consiste à souffler bruyamment du nez et par saccades; les bras restent engourdis et inactifs, les extrémités froides. Une indifférence presque totale. Impossible de faire cesser le soufflement, même en priant, grondant ou menaçant. A ses moments de tics, il semble ni entendre, ni voir autour de lui; les yeux restent fermés; toute l'activité est employée à souffler, même en mangeant. Chez certaines personnes cependant, où on l'a mené, il reste convenable jusqu'à une demi-journée. Si quelque sujet l'intéresse violemment, il consent à s'arrêter de souffler. D'ailleurs, l'enfant est assez irritable parfois, mais toujours indifférent à ce qui se passe autour de lui.

Antécédents : Né à terme, grossesse gemellaire; pas de convulsions, ni de tics, ni de chorée antérieurement. Mais l'enfant nerveux, a uriné au lit jusqu'à 6 ans. A parfois des syncopes émotives. Chez les deux jumeaux, tendance au mensonge et à la kleptomanie.

A l'examen, mars 1921 : aspect légèrement parkinsonien. L'enfant souffle continuellement par le nez, comme pour désobstruer ses narines. Il dit lui-même qu'il a l'impression d'avoir le nez bouché. Du muco-pus s'écoule de ses narines. Par moments il tient son mouchoir devant son nez et souffle comme pour se moucher, sans arrêt, pendant plusieurs minutes. L'examen local, pratiqué par le docteur Bourgeois, n'a montré la présence d'aucune lésion. Réflexe du voile du palais, absent; pharyngé, existe à peine.

En juillet 1921 : état général meilleur, mais persistance du tic de soufflement. L'enfant s'endort au milieu de sa crise de soufflement, assis sur une chaise. Il s'éveille au bout de quelques instants et dès qu'il s'éveille, le soufflement recommence. Pas de nouvelles modifications du caractère.

En avril 1922 : l'aspect de l'enfant est bien meilleur, traits bien plus vifs et animés. Le tic de soufflement a beaucoup diminué de fréquence et d'intensité, mais existe encore. Par contre, l'enfant

présente un nouveau tic : il se balance d'un pied sur l'autre en effectuant des mouvements de salutation latéraux, parfois antéro-postérieurs. Lorsqu'on lui commande de cesser, le mouvement disparaît, ou plutôt n'est plus qu'à l'état d'ébauche. Par moments surviennent de véritables crises de catatonie; il paraît absent et se met à bâiller éperdûment. Il ne répond pas quand on lui parle et ne parvient pas à remuer. Cette crise dure plusieurs minutes et se termine par la reprise du soufflement. En plus, tendance à dire des gros mots, à battre; il mange goulument et vole de la nourriture et parfois de l'argent.

OBSERVATION XIV

Thèse LÉVY (Obs. LXVII, résumée).

Forme respiratoire et insomnique. Toux spasmodique. Polydipsie et polyurie sans glycosurie.

Germaine C..., âgée de 14 ans 1/2. Encéphalite non diagnostiquée en mars 1920; céphalée, diplopie, insomnie nocturne, somnolence diurne.

Début des phénomènes d'excitation à 5 heures du soir; soliloque, grimaces (janvier 1921); caractère très changé : impatience, irritabilité, tristesse. Aspect parkinsonien fruste.

Depuis le 1^{er} juillet, aurait, avant de s'endormir, des quintes de toux incessantes. Le 28 novembre, les quintes de toux continuent toujours : ce sont de petites saccades de toux répétées, sans la terminaison habituelle de la quinte de coqueluche vraie. Aucune lésion pulmonaire décelable à la radio et à l'auscultation.

En juin 1922, l'état est resté le même sauf la polydipsie et la polyurie apparues.

Pas d'antécédents.

OBSERVATION XV

Thèse LÉVY (Obs. LXVIII, résumée).

**Forme insomnique et respiratoire. Bradypnée, toux quinteuse
et émétisante.**

André V..., 16 ans 1/2. En novembre 1919, épisode aigu diagnostiqué; en janvier 1922, apparition de symptômes fonctionnels, psychiques et bradytrophiques : crises de dyspnée très fréquentes, obésité progressive.

En plus, il est pris chaque soir, vers 5 heures, d'une toux sèche absolument incoercible et d'une telle violence, qu'il lui arrive de vomir et d'évacuer ses matières au cours de ses quintes. Cette toux dure jusqu'à ce qu'il s'endorme, à une heure avancée de la nuit.

A l'examen : infection naso-laryngée banale.

CHAPITRE IV

Analyse des observations.

Nous nous trouvons donc en présence d'accidents rompant la continuité de l'acte respiratoire physiologique ou pathologique, et que nous croyons pouvoir appeler tics respiratoires. En effet, si nous reprenons la définition donnée dans le premier chapitre, nous voyons qu'ils ont bien le caractère d'actes répétés intempestivement, à intervalles irréguliers, d'une façon brusque, rapide, involontaire, et qu'ils rappellent bien des ensembles de mouvements associés physiologiquement pour l'inspiration simple, le soufflement, le bâillement, la toux; ils se répètent fréquemment, et sont dissemblables les uns des autres quant à l'intensité de chaque geste et à son amplitude; ils sont impérieux, et cessent pendant le sommeil; ils existent à peu près continuellement, présentant souvent des paroxysmes, le soir de préférence, formant alors de véritables crises. Tous ne paraissent pas être suspendus par la volonté ou la distraction.

Nous pouvons les classer en plusieurs formes, à savoir : soufflement, reniflement, toux, inspirations brusques, bâillements, hemmage.

Le soufflement, qui est le plus fréquent d'entre eux, surtout chez l'enfant (obs. X, XI, XII, XIII), se produit par la bouche ou par le nez; il est bruyant et répété, très fréquemment accompagné de sputation. Si le tic est buccal, le malade souffle continuellement dans le vide, sur les objets qu'il rencontre; il souffle dans ses mains assemblées en cornet, peut s'interrom-

pre pour une crise de polypnée par exemple, mais reprend immédiatement après. Si c'est par le nez, il souffle, par saccades répétées, souvent dans son mouchoir, comme pour se moucher, mais aussi dans le vide, expulsant, hors de ses narines irritées, des mucosités, sans même s'en apercevoir. Dans l'observation XIII, où le tic se présente d'une manière extrêmement violente, on voit qu'il se produisait de véritables crises, pendant lesquelles l'enfant, absolument indifférent à tout, restait les bras engourdis, les extrémités froides, et il soufflait jusqu'à ce qu'il tombe d'épuisement.

Le reniflement (obs. V. VIII, X), se produit d'une manière continue, à des intervalles irréguliers, souvent toutes les minutes, s'accompagnant parfois d'un soulèvement de la lèvre supérieure, et est assez souvent associé au soufflement et à la sputation, dans les états hypomaniaques des enfants.

La toux (obs. XIV et XV) est spasmodique, sèche, quinteuse, produisant des saccades expulsives répétées, mais sans expectoration, assez semblables par leur succession à celles de la coqueluche, mais sans la reprise en inspiration sifflante. Elle peut survenir par crises isolées, le plus souvent vers cinq heures du soir, quelquefois assez violentes pour provoquer un vomissement et des mictions involontaires (obs. XV). Cette toux coqueluchoïde peut être la seule manifestation respiratoire de l'Encéphalite et être particulièrement tenace, persistant deux ans après le début (obs. XIV).

Les inspirations brusques que nous trouvons dans nos observations I, II, III, sont isolées, plus rarement par groupe de deux à trois; elles sont profondes, impérieuses, s'accompagnant souvent d'un sifflement glottique, pouvant être synchrone d'un tic cervico-facial (obs. I) ou, par moments, d'une myoclonie des muscles de la paroi de l'abdomen (obs. II). Elles se produisent de préférence le soir, avec parfois de la tachypnée et de la micropnée, mais on ne doit pas les considérer comme un acte de suppléance respiratoire, contrairement à certaines inspirations profondes, rythmiques, compensant la micropnée dans

les autres observations de la thèse de Hardouin, étant données leurs productions très irrégulières dans des circonstances identiques. Hardouin signale que ces inspirations doivent être rapprochées d'autres semblables très fréquentes chez les asthéniques et les anxieux; mais ces derniers phénomènes, véritables soupirs, sont à différencier des inspirations dont nous parlons, à cause du caractère de brusquerie impérieuse de celles-ci, qui par leur association soit à d'autres tics, soit à des myoclonies, rentrent dans la catégorie des troubles excito-moteurs et méritent le nom de tics respiratoires. Est-ce une myoclonie du diaphragme ? Nous ne le pensons pas. Ces inspirations n'ont pas le caractère explosif des myoclonies, leur rapidité électrique et cette rythmicité qui est la caractéristique fréquente des myoclonies post-encéphalitiques. On ne peut tabler sur le fait qu'il y a déplacement fragmentaire, puisque nous voyons dans cette observation II, des myoclonies des muscles abdominaux s'accompagnant de déplacements. Le hoquet, lui, semble devoir rester parmi les myoclonies : il est rapide, explosif, ne reproduit pas de mouvement volontaire et s'installe brusquement; d'ailleurs, il semble beaucoup plus rare dans la suite de l'Encéphalite que dans sa période aiguë, dont il constitue une forme nette. Nous le trouvons dans nos observations associé une fois à des bâillements et cela pendant onze mois.

Très proches des inspirations brusques, nous trouvons le bâillement (obs. VII, XI, XII, XIII) et le hémimage : le premier, beaucoup plus fréquent. Il se produit par crises, surtout le soir : le malade se met à bâiller éperduement, en même temps que d'autres symptômes d'excitation se produisent : tremblement, hoquet, tics. D'après nos observations, le bâillement ne semble pas accompagner forcément l'état parkinsonien : un seul des quatre malades a présenté de la raideur dans la suite. Le tic de hémimage, pas très fréquent, est produit par une ouverture brusque de la bouche, une aspiration violente, rapide et immédiatement occlusion de la bouche. Il peut s'accompagner de mouvements comme la fermeture des yeux et la con-

traction des zygomatiques en le réclatement de la gorge qui en font un tic complexe.

Par la description que nous venons d'en faire, nous voyons que ces phénomènes ne sont ni des spasmes, ni des stéréotypies, ni des chorées, nous venons, d'autre part, de voir le diagnostic d'avec les myoclonies. On peut et on a pensé aux tics hystériques. Et ceci nous amène à l'étiologie de ces tics respiratoires. Nous nous trouvons en présence de phénomènes d'une origine douteuse. En effet, si les malades accusent la plupart du temps des sensations de gêne, d'obstacle dans la gorge, de nez bouché, d'étouffement, ils n'ont jamais été trouvés porteurs de lésions, à des examens très soignés, et c'est une chose très importante que ce fait du point de départ de leur tic dans une sensation subjective qui les obsède. Mais cela ne veut pas dire que ces tics soient d'origine pultilatoire, ils n'ont pas le caractère rythmé des phénomènes de cet ordre, ne sont pas modifiables par la suggestion, ni gués par l'émotion, et si certains de nos malades présentent une instabilité non douteuse, la plupart n'ont aucun stigmate permettant de rattacher leurs accidents à l'hystérie, il n'y a pour aucun d'eux trace d'irritation, et tous, d'après les auteurs des observations, avaient un grand désir de guérir. Nous dirons donc que ces tics sont dus à un trouble neuropathique, comme les tics ordinaires, mais, contrairement à ceux-ci, ils ne sont pas conditionnés par un état constitutionnel de toujours, un tempérament, mais par des modifications apportées à leur équilibre psychique par une maladie infectieuse, l'Encéphalite épidémique, dont le virus filiforme persiste pendant de longs mois dans les centres nerveux.

Quelles sont la nature et le siège de ces modifications ? Nous l'ignorons. Tout au plus nous permettrons nous de rapporter cette opinion de Chiray et Labrousse, publiée dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, le 16 mars 1923 :

« Les troubles psychiques ont toujours été jusqu'à une époque récente rattachés à une altération de la corticelle, mais

Jean Camus (Régulation des fonctions psychiques, troubles mentaux par lésions extra-corticales, *Paris Médical*, octobre 1922) a rappelé de nombreux faits cliniques et expérimentaux qui établissent l'existence de troubles mentaux par lésion extra-corticale. Il pense pouvoir localiser des centres de régulation psychique dans le méso-encéphale, à côté des centres de fonction de nutrition. D'autres auteurs (souvent Claude Lécchia) ont noté du déséquilibre psychique dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique, c'est-à-dire dans un syndrome qui paraît lié à des lésions du corps strié et du *locus niger*. D'ailleurs, dans le cas d'Urechia, la recherche de lésions corticales fut entièrement négative. Des psychiatres (G. Petit de Boulogne, Briand) ont insisté sur l'intégrité du fond mental au cours des accidents psychiques de l'encéphalite, et ont montré qu'il s'agit surtout de troubles de régulation psychique. Il paraît donc possible que les lésions des noyaux gris centraux soient capables de faire apparaître des perturbations dans le domaine de la régulation psychique, et, suivant les cas, du ralentissement ou de l'agitation psychomotrice.

Dans les antécédents de nos tiqueurs on ne trouve pas de terrain particulièrement névropathique. Un seul enfant fait exception, et c'est peut-être ce qui cause la nature particulièrement grave des troubles mentaux qu'il présente et la violence de ses tics (obs. XIII).

Au point de vue mental, certains de nos malades ne présentent pas de troubles, tandis que d'autres, et cela est presque constant chez les enfants, se montrent avec une intelligence souvent conservée, mais des changements profonds du caractère, devenu irritable, impatient, colérique, impulsif, émotif, des troubles importants de l'attention qui ne se fixe plus, et de la mémoire; les troubles de la volonté sont bien moins évidents. Chez les jeunes, ces modifications accompagnent en général une excitation psychomotrice polymorphe : tics divers, agitation fréquente, inversion du rythme du sommeil, excitation qui peut aller chez certains jusqu'à l'hypomanie et

motiver leur internement. Chez les gens âgés, il semble que l'on ait plus souvent en même temps, soit de la dépression psychique, soit du parkinsonisme et d'autres troubles respiratoires.

En tous les cas, ces tics se produisent toujours d'une manière progressive, insidieuse, le malade ne s'en apercevant que lorsqu'ils sont constitués. Ils trouvent, nous l'avons vu, leur point de départ dans ces sensations subjectives laryngées anormales, dont les malades sont obsédés. Peut-être y a-t-il lieu de penser que la faculté qu'ont les parkinsoniens de se livrer comme des automates à des exercices violents quand le mouvement est déclenché, a quelque rapport avec la répétition en série des tics.

Les tics apparaissent un temps plus ou moins long après l'épisode aigu, jusqu'à 7 ans après (obs. V), soit continuant depuis cet épisode, soit comme séquelle. Ils ne sont pas très fréquents; les troubles respiratoires sont déjà une minorité à côté des autres accidents consécutifs à l'encéphalite, et ils s'accompagnent peu souvent de tics respiratoires. Ceux-ci sont donc une exception, mais si l'on considère la fréquence des tics en général post-encéphalitiques, les respiratoires sont en grande majorité. Les autres tics (grattage, claquement des doigts, sputation surtout) les accompagnent quelquefois, mais se présentent rarement seuls.

L'évolution des tics est variable; certains ont persisté plus de deux ans, d'autres ne furent que passagers, sans que rien ne semble devoir le faire prévoir. En tous les cas ils ont peu tendance à se compliquer en eux-mêmes et à se généraliser, et si chez les enfants le pronostic s'aggrave, c'est qu'ils présentent d'autres troubles mentaux graves qui vont en croissant et peuvent, comme nous l'avons dit, nécessiter l'internement; donc là, le pronostic est fonction de l'état mental. Pour les personnes âgées, les tics ne sont que bénins et s'ils sont gênants ils ne semblent apporter avec eux aucune raison de croire à un avenir fâcheux.

Pour le traitement, on s'est adressé à la suggestion, aux

stratagèmes (bleu de méthylène, électricité); cela n'a donné aucun résultat et c'est bien contre l'idée de tics hystériques. Il semble que l'on pourra essayer en même temps que la médication contre les phénomènes d'excitation (spalmagine, gardénal, bromhydrate de cicutine) déjà employés contre les troubles respiratoires post-encéphalitiques, la rééducation de la volonté et de la régulation psychique par la méthode respiratoire de Pitres. Jusqu'à présent il semble que l'on ait obtenu des résultats seulement momentanés.

CONCLUSIONS

Il résulte donc que l'on rencontre soit dans les formes prolongées, soit comme séquelles de l'Encéphalite épidémique, des tics respiratoires, semblables aux tics déjà connus en clinique, mais dus à des modifications survenues dans le psychisme d'individus sans antécédents névropathiques, modifications produites par le virus de l'Encéphalite.

Ce sont le plus souvent des tics de soufflement, de bâillement, d'inspirations brusques; moins communs sont le reniflement, la toux coqueluchoïde, le hémmeage.

Ces tics peu fréquents cependant ne comportent pas en eux-mêmes un mauvais pronostic; ils se trouvent le plus souvent associés aux différentes formes de troubles consécutifs à l'encéphalite.

Quand on se trouvera en présence de tics, il sera nécessaire de penser à ceux que nous venons d'étudier et de faire un examen approfondi non seulement de l'état mental du malade, mais de ses antécédents infectieux possibles; un diagnostic rétrospectif d'Encéphalite épidémique pourra ainsi quelquefois être fait et le pronostic général en sera profondément modifié.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 13 mai 1924.
Le Recteur de l'Académie,
F DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — L'encéphalite léthargique. Paris, 1921.
- BELOT. — Les troubles respiratoires consécutifs à l'encéphalite épidémique. Thèse de Bordeaux, 1924.
- BÉRIEL. — Troubles respiratoires dans les états parkinsoniens liés à l'encéphalite épidémique. *Revue neurologique*, juin 1921, p. 640.
- BLOQUIER DE CLARET. — La névraxite épidémique. Thèse de Montpellier, 1921.
- CHIRAY et LAFOURCADE. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 16 mars 1923.
- CRUCHET, MOUTIER et CALMETTE. — 40 cas d'encéphalomyélite subaiguë. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 10 mars 1921.
- CRUCHET. — Le tic et son traitement par la gymnastique respiratoire. Thèse de Bordeaux, 1902.
- Pronostic et séquelles de l'encéphalomyélite subaiguë épidémique. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 mars 1921.
- GOLDFLAM. — La grande épidémie d'encéphalite épidémique de l'année 1920. *Deutsche Zeitung für Rewbeit*, 1922.
- HARDOUIN. — Études des troubles respiratoires dans les états parkinsoniens liés à l'encéphalite épidémique. Thèse de Lyon, 1921.
- LÉVY (Gabrielle). — Contribution à l'étude des manifestations tardives de l'encéphalite épidémique. Thèse de Paris, 1922.
- MARIE (Pierre) et LÉVY (M^{lle}). — Syndrome excito-moteur de l'encéphalite épidémique. *Revue neurologique*, juin 1920.

- Troubles respiratoires de l'encéphalite épidémique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 7 juillet 1922.
- Forme respiratoire de l'encéphalite épidémique. *Revue neurologique*, octobre 1922, et *Monde médical*, novembre 1923.

MEIGE (Henry). — Les tics, juin 1905.

ROGER (de Marseille). — Syndrome excito-moteur (chorée, tics, spasmes, stéréotypies et dysarthrie), séquelles vraisemblables d'encéphalite épidémique à forme singultueuse et algo-myoclonique, survenue en 1914. *Marseille médical*, 15 juin 1921, et Société neurologique, 7 juillet 1921.

Presse médicale (Collection depuis 1918).

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris (Collection depuis 1918).

Bulletin de la Société de neurologie (Collection depuis 1918).

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon (Collection depuis 1918).

Annales médico-psychologiques (Collection depuis 1918).

